

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert BROCARD

Né le 8 Novembre 1909, à Decazeville (Aveyron)

CONCEPTIONS ACTUELLES DE L'ALLERGIE NASALE

Président de Thèse : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert BROCARD

Né le 8 Novembre 1909, à Decazeville (Aveyron)

CONCEPTIONS ACTUELLES DE L'ALLERGIE NASALE

Président de Thèse : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.....	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
	LAIGNEL-LAVASTINE
Hygiène et clinique de la première enfance	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des ma-	LEMIERRE.
ladies de l'encéphale.....	CUNEO
Clinique des maladies cutanées et syphi-	GOSSET
litiques	GREGOIRE
Clinique des maladies du système nerveux	LENCORMANT.
Clinique des maladies infectieuses.....	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	OMBREDANNE.
	HARVIER.
Clinique ophtalmologique.....	LEMATPÉ.
Clinique urologique	PIERRE DUVAL.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
Clinique d'accouchements.....	MATHIEU.
	LAUBRY.
Clinique gynécologique.....	CLOVIS VINCENT.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	N...
pédie	
Clinique thérapeutique médicale.....	
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	
dulte	
Clinique cardiologique	
Clinique de neuro-chirurgie	
Assistance Médico-Sociale.....	

Professeurs sans chaire.....

HAZARD.
MULON.
OLIVIER.
SANNIC.
VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
Pathologie chirurgicale.. AMELINE.	Obstétrique LACOMME.
Pathologie médicale BARIETY.	Obstétrique LANTUEJOU.
Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.	Pathologie médicale.... LAROCHE Gu.
Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.	Parasitologie LAVIER.
Hydrologie..... BESANCON JUSTIN.	Pathologie médicale LELONG.
Bactériologie..... BONNET.	Pathologie expérimentale LEMAIRE.
Pathologie médicale..... BOULIN.	Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
Pathologie médicale BROUET.	Pharmacologie Mlle J. LEVY.
Histologie BULLIARD.	Neurologie et Psychiâtrie LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale..... CACHERA.	Pathologie chirurgicale . MÈNÉGAUX.
Anatomie CORDIER.	Pathologie médicale.... MOLLARET
Pathologie médicale COSTE.	Pathologie médicale.... MOREAU.
Physique DOGNON.	Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
Urologie FEY.	Pathologie médicale.... MOUQUIN.
Pathologie chirurgicale.. FUNCK.	Pathologie chirurgicale.. PETIT-LUTZ.
Parasitologie GALLIARD.	Médecine légale..... PÉDELIEVRE.
Bactériologie GASTINEL.	Obstétrique PORLIS.
Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.	Ophtalmologie RENARD.
Physiologie GAYET.	Physiologie RICHET.
Pathologie médicale..... DE GENNES.	Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.
Histologie GIROUD.	Pathologie médicale.... TURPIN.
Pathologie médicale.... HAGUENAU.	Obstétrique VIGNES.
Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.	Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.
Anatomie pathologique.. HUGUENIN.	
Hygiène JOANNON.	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	MM.
Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.	Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
Pharmacologie BUSQUET.	Obstétrique LE LORIER.
Physiologie CHAILLEY-BERT	Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
Obstétrique GUÉNIOT.	Pathologie chirurgicale . SCHWARTZ.
Pathologie chirurgicale . HEITZ-BOYER.	Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLÉRY.			
RADOT.			
SEZARY.			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale..
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique	CHAILLEY-BERT, agrégé
Padiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

*De quelque part aux armées
en avant de la ligne Maginot,*

JE DÉDIE CETTE THÈSE

*aussi modeste par ses propor-
tions que les projets d'avenir
d'un médecin auxiliaire à l'ex-
trême avant.*

A MA MERE

*En témoignage de ma ten-
dresse.*

A MON BEAU-PERE

A MON FRERE

LIEUTENANT P. BROCARD AUX ARMÉES

A MA FUTURE FEMME

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de Clinique
des Maladies Mentales et des Maladies de l'Encéphale
Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la prési-
dence de notre thèse.*

A NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A NOS MAITRES
DES HOPITAUX DE VERSAILLES

*Vers eux vont tout notre
respect et toute notre recon-
naissance.*

A MES CAMARADES D'INTERNAT

Tous aux armées

A MON AMI R. DUVAL

Quelque part aux armées

A MES COUSINS, AMIS, CAMARADES

Qui comme moi ont abandonné leurs espoirs légitimes de jeunesse et sont devenus des hommes...

quelque part aux armées.

AVANT-PROPOS

Placés dans des conditions semblables, des individus normaux réagissent selon des modalités semblables. Des individus sensibilisés réagissent selon des modalités différentes. Celles-ci peuvent être extrêmement disproportionnées aux causes provocatrices. L'excitation initiale peut être particulièrement minime, infinitésimale, parfois difficilement discernable, et entraîner des manifestations extrêmement violentes, créant un véritable état pathologique, ne répondant à aucune entité clinique, réalisant un « état de mal » impressionnant. C'est ce syndrome qui constitue la définition française de « l'allergie », définition prise entre les 25 acceptions diverses d'un même terme, telles que Tzanck les rapporta.

L'allergie nasale est constituée essentiellement par la réaction exagérée d'un sujet à une excitation infiniment minime, hors de proportion avec les manifestations pathologiques constatées chez le sujet.

L'inhalation d'un gaz lacrymogène ou sternutatoire provoque chez les individus normaux une réaction de défense de l'organisme qui se traduit par une salve sternutatoire, une rhinorrhée abondante et une irritation conjonctivale. La manifestation est d'autant

plus violente que l'agent causal de l'excitation est plus actif, c'est-à-dire plus irritant.

Mais que des agents physiques, organiques ou simplement atmosphériques, sans action sur l'individu normal, provoquent le même syndrome chez un individu « sensibilisé », et nous voici en présence de l'allergie nasale. La triade symptomatique de l'irritation apparaît alors devant des causes aussi multiples qu'imprévisibles, pollens, protéines d'origines diverses, simple modification du degré hygrométrique de l'atmosphère, poussières inhalées professionnellement (farine, sciure de bois), éléments impondérables qui donnent à nos narines les sensations d' « odeur » ou de « parfum » (oranges, vernis, urine), et le tableau clinique peut revêtir immédiatement un aspect impressionnant.

Nous allons ici tenter de synthétiser les conceptions actuelles concernant cette sensibilisation nasale, qui peut être *constitutionnelle*, ou *acquise*, atteignant dans ces cas des individus, qui, normaux jusqu'à une époque donnée, ont, tout à coup, révélé leur sensibilité à l'égard de tels ou tels agents d'excitation infinitésimaux. Et nous tenterons de montrer quelles sont les thérapeutiques actuellement envisagées, dont les résultats sont ceux de toutes les thérapeutiques s'attaquant au facteur « terrain » : inconstants, avec des fortunes alternatives de triomphe ou d'échec. Car là plus que jamais, on peut écrire qu'il « n'y a pas de *maladie allergie nasale* », il y a des « *allergiques nasaux* ».

TENTATIVE DE DEFINITION DE L'ALLERGIE

Le terme, créé en 1910 par Von Pirquet à la suite de l'étude de la cutiréaction tuberculinique, a eu, comme nous l'avons vu, une fortune considérable et a été employé dans des sens très différents. Nous voudrions nous en tenir à la définition de Hallion, acceptée par le Professeur Dalous :

« Modification fonctionnelle, anormale, latente, tendant d'elle-même à persister éventuellement, produite par un agent déterminé, et ayant pour principal caractère de se manifester spécifiquement, lors d'une intervention ultérieure de l'agent causal, ou d'un agent qui en procède, par des réactions passagères et sans cachet de spécificité propre, que cet agent n'a pas la propriété de susciter en première rencontre. »

Ainsi nous éliminons l'*idiosyncrasie*, parce que congénitale et spontanée. L'allergie est un phénomène acquis, sans que la cause déterminante puisse toujours être mise en évidence.

L'*intoxication* est également éliminée, parce que phénomène *passif* de l'organisme où le terrain joue un rôle accessoire, alors que dans l'allergie, le phénomène est *actif* et que le terrain y joue un rôle primordial.

L'allergie doit être divisée en *allergie humorale* et *allergie tissulaire*.

L'allergie humorale, ou mieux *vasculo-humorale* (Sezary et Mauriac) comporte des phénomènes intéressant l'organisme dans son ensemble, avec modifications fonctionnelles et même anatomiques se traduisant cliniquement par des phénomènes généraux momentanés, mais pouvant être très graves ou mortels, assimilables à l'anaphylaxie expérimentale de Richet. Celle-ci pourrait n'être qu'une forme *grave* de l'allergie.

L'allergie tissulaire consiste en réactions intéressant un organe isolé ou un système tissulaire fonctionnel tel que le système réticulo-endothélial. L'altération fonctionnelle et anatomique de certains parenchymes dans leurs cellules nobles donne l'allergie articulaire, rénale, pulmonaire, intestinale. Fischer et Kaiserling ont pratiquement démontré l'intervention allergique du système lymphatique. Rossle, discutant des termes *allergie et pathergie* (Klinische Wochenschrift, 15 avril 1933), après Moro et Keller qui ont parlé de *parallergie*, incrimine le système réticulo-endothélial. L'allergie, d'après eux, comprend l'*hyperergie* et l'*anergie*, et dans l'*hyperergie*, entrent l'anaphylaxie, l'idiosyncrasie et l'immunité.

En résumé, on peut dire que l'allergie telle qu'elle ressort de la définition de Hallion, rassemble l'état de sensibilité associé à une certaine forme de défense, un état de sensibilité modifiée, accompagné d'une immunité réelle, un état purement nocif.

LES FACTEURS DE L'ALLERGIE NASALE

Ayant en vue la conception finaliste de l'allergie, nous devons envisager quels sont les facteurs de cette allergie spéciale que nous voulons étudier : l'allergie nasale.

LE TERRAIN :

La réaction anormale à une excitation insignifiante doit dépendre d'une modification survenue dans l'état constitutionnel du sujet (Hautant).

Une telle modification peut se produire lentement, ou n'être que le développement progressif d'une anomalie ou d'un trouble héréditaire. Un terrain ainsi modifié peut ainsi donner naissance à l'une quelconque des manifestations de ce que les Américains englobent sous le terme d' « allergic diseases » : arthritisme, asthme, goutte, diabète, lithiases ; ce que nous appelions autrefois pour certaines de ces affections, les maladies diathésiques.

La modification du terrain se caractérise par une modification du milieu humoral, cette modification pouvant n'être que : immédiate, fugace, prémonitoire

de l'accès ; n'en être que le satellite, sans en être la cause : c'est l'état de *choc colloïdoclasique*.

Les caractères de ce choc sont la chute de la tension artérielle, l'hypercoagulabilité sanguine, l'abaissement de l'index réfractométrique, la leucopénie, la formule leucocytaire inversée. Toutefois, l'inversion de la formule leucocytaire n'est ni constante, ni facile à mettre en valeur, étant extrêmement fugace, et n'existant souvent que dans les instants qui précèdent immédiatement la crise. La leucopénie fait souvent défaut.

La modification du terrain pourrait être sous la dépendance d'une *dystonie neuro-végétative* (Laignel Lavastine). Mais on peut concevoir cette dystonie comme secondaire, et non comme facteur du dérèglement humoral. Peut-être est-ce l'altération du milieu humoral qui provoque une excitation, anormale et pathologique, du système nerveux autonome, par irritation de l'endothélium vasculaire ? Peut-être est-ce le pneumogastrique qui est responsable par son irritation du déclenchement des réactions vasomotrices et sécrétoires, par l'intermédiaire du sympathique ? Peut-être est-ce au contraire au niveau du sympathique que se trouve le point initial d'excitation ?

Et lorsqu'on incrimine le système sympathique, on ne peut oublier le rôle joué par celui-ci dans la vie des glandes endocrines. Donc, on peut envisager dans le mécanisme de déclenchement l'intervention d'un facteur *dysendocrino-vago-sympathique*. On retrouve

presque toujours, dans les cas d'allergie nasale, des troubles, légers et fugaces, au niveau des glandes endocrines, soit par *dysfonction*, soit par *dysharmonie* ou *dysendocrinie*. On peut mettre en évidence par des méthodes d'exploration du sympathique, d'une part, par des épreuves fonctionnelles des glandes endocrines, d'autre part, des petits troubles, mais les trouvailles sont essentiellement variables d'après les auteurs, et, chez le même auteur, d'après le « moment ».

Les dysendocrinies les plus fréquemment rencontrées sont :

La dysthyroïdie, ou instabilité thyroïdienne, pouvant être hyper - ou hypo - ou alternativement l'une et l'autre.

La dysfolliculinie, également hyper - ou hypo - ou alternativement l'une et l'autre, bien que l'hypofolliculinémie semble la plus fréquente, avec accompagnement de dysménorrhée légère et souvent fugace.

Mais les dysendocrinies ont leur retentissement sur le tube digestif tout entier, en particulier sur les cellules pancréatiques, et sur le foie, et il n'est pas surprenant qu'on ait souvent attribué à ce dernier un rôle considérable dans les mécanismes de l'allergie nasale. On ne se trouve pas alors devant une véritable « hépatie », ni hyper, ni hypo, mais une fois de plus devant un de ces troubles du métabolisme et des fonctions de coordination qu'on ne peut qualifier autrement que de « dyshépatie ».

L'étude des fonctions hépatiques dans l'allergie nasale vient d'ailleurs d'être reprise selon une réaction particulièrement sensible : la réaction de Takata-Ara (1939), confirmant l'absence de lésions, l'absence de troubles durables, la réaction restant franchement négative chez un grand nombre de sujets examinés (Bréard).

On voit donc, par ce qui précède, que la notion de « terrain », si elle est essentielle dans l'étude de l'allergie nasale, est cependant entourée d'imprécisions, et n'est que le lien qui semble permettre de relier entre elles les diverses causes provoquant l'« aptitude » à l'allergie nasale, sans toutefois les expliquer. Le néo-hippocratismes insiste sur le « tempérament allergique », ce qui est fort bien, mais ne l'explique pas, ce qui diminue la valeur de sa constatation.

LES ALLERGÈNES

Le terme *allergène* a été créé par les Américains pour caractériser « toute substance susceptible, en créant une zone d'irritation, quelle qu'en soit l'intensité et la nature, de provoquer une crise de nature allergique, et en particulier la crise d'allergie nasale ».

Ces allergènes peuvent être groupés en quelques catégories simples :

a) *Les sérums* : Les accidents sériques sont des accidents anaphylactiques ou hyperergiques. La première injection sérique provoque dans l'organisme,

probablement au niveau du système réticulo-endothélial, la formation d'un anticorps, qui met le sujet en état de sensibilisation. La seconde injection, jouant le rôle d'antigène, provoque le choc antigène-anticorps, ou « choc sérique », dont la description est désormais classique.

b) *Les protéines étrangères :*

Le choc peut être violent ou lent selon la voie d'introduction de ces protéines dans l'organisme :

Violent, par exemple, lorsqu'il s'agit de protéines animales reçues à l'occasion d'une vaccination.

Ralenti, en ce sens que la *sensibilisation* d'un sujet à ces protéines peut demander des mois, sinon des années, durant lesquels il peut les inhaler ou les assimiler sans aucune réaction pathologique. La première crise éclate d'une manière tout à fait imprévisible, dans des circonstances *normales*, comme un « coup de tonnerre dans un ciel bleu ».

Ces protéines peuvent être d'origine animale : poils, viandes; ou végétales : pollens, etc. On connaît comme exemples typiques ceux du marchand de moutons devenu soudain allergique à l'odeur du suint, du pharmacien anaphylactisé à la poudre d'ipéca, de l'infirmier irrité par l'odeur du formol, des sujets intoxiqués par le duvet d'un traversin.

Les pollens sensibilisateurs furent classifiés une première fois par Scheppegrell (New-York Medical Journal, 20 juin 1923), mais cette classification initiale a fait l'objet d'une révision de la part de l'Ins-

titut de Recherches du Professeur Fernand Widal, à l'Hôpital Cochin (Paris). Cette révision a donné naissance à une très stricte limitation à la suite des expériences tentées pour parvenir à l'établissement des protéines de pollens destinées aux tests de sensibilité, par cuti-réaction.

Les sensibilités de beaucoup les plus fréquentes sont celles déterminées par les pollens de graminées. Dans l'ordre on trouve, en ligne décroissante :

Dactyle pelotonné ; Avena aliator (avoine élevée) ; Ray-Grass ; Seigle ; Agrostis Alba ; Vulvin des prés ; Cynosorus cristatus ou crételle ; brize media ; Fétuque élevée ; Fléole des prés ; Flouve odorante ; Paturin des prés.

La sensibilité aux pollens des arbres et arbustes est beaucoup plus rare qu'on ne l'avait crû tout d'abord. En dix ans, Joltrain et Diard n'ont relevé qu'un cas de sensibilité au pollen de peuplier.

On n'a jamais relevé de cuti-réaction positive aux pollens de fleurs appartenant aux familles suivantes : cypéracées, polygonacées, rosacées, liliacées, ombellifères, caryophyllacées, papillonacées, composées, rubiacées, plantaginacées.

Il a été relevé un cas de sensibilité très prononcée à un pollen de la famille des renonculacées, le Bou'on d'or.

La sensibilité aux fleurs suivantes : roses, acacia, tilleul, lilas, mimosa, n'est pas spécifique à ces fleurs, mais à la présence *sur ces fleurs* de poussières imperceptibles de pollens de graminées.

c) *Les cristalloïdes* : Sans sensibilisation préalable, certains cristalloïdes peuvent déterminer des crises allergiques. Il semble là qu'il ne s'agisse que d'accidents hyperergiques idiosyncrasiques, à l'aspirine, à l'antipyrine, par exemple.

d) *Les agents physiques* : et au premier chef les changements de température, aussi bien vers le chaud que vers le froid. Une lumière vive, l'exposition au soleil, l'humidité sont également des allergènes puissants. Le soleil de printemps serait l'un des facteurs principaux de certains coryzas spasmodiques. Le soleil d'automne correspondrait à une crise allergique chez les tuberculeux pulmonaires et les rhumatisants, ces derniers étant, de plus, sensibles à l'humidité tiède plutôt qu'au froid sec.

e) *Les agents psychiques* : *Bonjour de Rachewsky* insiste particulièrement sur ce point : le psychisme ne guérit pas seulement les états allergiques, mais il les produit aussi. Une émotion, une joie (ou même le simple souvenir de cette émotion ou de cette joie) peut déclencher la crise allergique. Les déterminants sont un trouble de la vasomotricité, au moyen duquel le psychisme, par une association mentale, matérialise l'action excitatrice dans le nez ou dans la peau. Il s'agit donc d'un mécanisme proprement psychovasomoteur, et la guérison psychique de l'allergie est parallèle à la guérison des verrues par suggestion, ou à la guérison d'une idée impulsive par une action physique, ou encore à la guérison de l'idée de suicide, par abaissement de la pression minima.

LA SENSIBILISATION NASALE PROPREMENT DITE :

A la lumière des explications qui précèdent, on comprend parfaitement qu'une excitation puisse provoquer dans l'organisme une manifestation à caractère allergique. Mais pourquoi cette manifestation va-t-elle se localiser au niveau des fosses nasales ? Des explications diverses ont été fournies, les unes faisant appel aux « épines irritatives anatomiques » du cavum ou même nasales. Les précisions toutefois font généralement défaut, et il ne s'agit là que d'hypothèses. Les Américains croient que les infections locales du cavum peuvent permettre aux anticorps de déterminer des altérations tissulaires nasales, les fosses nasales devenant alors un « Schork organ ».

Ils incriminent également des irritations lentes, produites par le froid, ou tout autre agent externe, qui mettraient les terminaisons sensibles du pneumogastrique dans les fosses nasales en état d'hyperergie, la crise provenant alors de l'hyper sensibilité de ces terminaisons qui agiraient ainsi instantanément par voie directe ou réflexe sur le système sympathique.

Tout ceci n'est cependant qu'hypothétique. Nous pouvons cependant rappeler que la muqueuse nasale peut sembler normale en apparence, et cependant être le siège d'altérations fonctionnelles jouant un rôle dans l'éclosion des crises allergiques.

Nous allons maintenant examiner successivement les diverses manifestations cliniques de l'allergie na-

sale. Les unes intéressent directement le rhinologue, les autres ne relèvent que des immunologues, mais nous ne sommes pas en droit de les ignorer. Une conception unique de ces diverses manifestations ne repose ni sur les agents favorisants ou déclenchants, ni sur le mécanisme d'apparition des crises, ni sur leur thérapeutique. C'est pourquoi nous avons voulu, après Hautant, procéder à leur discrimination.

LA CRISE NASALE POLLINIQUE

RHUME DES FOINS

La crise nasale pollinique réalise non une manifestation rhinologique, mais bien la crise nasale d'un équivalent asthmatique. Nous ne pouvons cependant le passer sous silence, bien qu'il soit essentiellement d'ordre immunologique.

L'étiologie de l'asthme nasal est essentiellement pollinique, par conséquent essentiellement saisonnière. La crise nasale pollinique se produit donc classiquement au début de l'été, au moment où les pollens sont le plus abondants. Les manifestations débordent le cadre nasal, et se répercutent ou s'étendent sur les muqueuses de voisinage.

L'attaque ou phase de début : La plupart du temps, l'attaque est lente, portant sur la période durant laquelle les pollens commencent à se répandre dans l'atmosphère, et n'atteint son acmé qu'au moment de la saturation maxima de l'air par ces pollens. Elle peut être immédiate, par déplacement, par exemple, d'un citadin dans une campagne imprégnée de pollens.

La sensation de pression à la base nasale est suivie en très peu de jours d'une obstruction totale, avec salves d'éternuements déclenchés par le moindre mouvement, la moindre odeur. Une rhinorrhée aqueuse considérable succède à cette première phase.

L'évolution de la crise consiste en l'extension aux yeux des phénomènes congestifs et irritatifs. Il existe une ophtalmorrhée avec congestion conjonctive, photophobie. En même temps l'extension de la congestion se porte vers les muqueuses buccale, palatine, amygdalienne, entraînant la dysphagie et une toux sèche et incessante. Une intensité de symptômes intéressant ainsi divers appareils, entraîne rapidement de l'insomnie, une asthénie et une anorexie, rendant le malade incapable de toute action. La sécrétion nasale devient opaque, muco-purulente, avec exco-riations de l'aile du nez. Les paupières sont oedématisées et collées.

Les attaques sont généralement les plus intenses au cours de la matinée, diminuant et s'apaisant au cours de la nuit. Les déplacements en chemin de fer, en automobile, en bicyclette, semblent aggraver la crise. Mais brusquement, et sans que rien ne puisse le faire prévoir, tous les phénomènes cessent. L'état normal revient d'un seul coup. La crise suivante n'aura plus lieu que dans un an.

Les équivalents de cette crise typique peuvent résider dans une terminaison de la crise nasale par une crise d'asthme bronchique. Les crises peuvent être remplacées par des crises algiques rhino-pha-

ryngées, à propos desquelles le rhinologue sera appelé à porter un diagnostic particulièrement délicat. D'autres fois, les crises iront en s'atténuant, pour être remplacées progressivement, d'année en année, par l'asthme de plus en plus intense. Parfois aussi, l'urticaire, l'œdème de Quincke peuvent se substituer à la crise pollinique nasale. Enfin la tuberculose peut apparaître, sans que rien n'ait pu faire suspecter son évolution.

En général, le rhume des foins perd de son intensité avec le temps. Une guérison spontanée est possible. Mais nous venons de le dire, cette disparition peut s'accompagner de l'apparition d'équivalents. La sensibilisation aux pollens peut être remplacée par la sensibilisation à certains aliments, à certains agents physiques, à certaines variations de température.

Nous pouvons dire comme les Américains que « le rhume des foins ne se guérit pas, il se déguise ».

Le *diagnostic* spécifique ne peut en être fait que par les cuti-réactions, et les Américains sont passés maîtres dans l'art de pratiquer les recherches concernant le pollen *exact* qui provoque ces manifestations allergiques. On possède actuellement aux Etats-Unis des « *jeux* » de 32 pollens sélectionnés pour permettre ce diagnostic par cuti-réaction, et, partant, la thérapeutique de désensibilisation appropriée.

Nous ne ferons que rappeler ici le traitement qui peut être :

Spécifique : prophylactiquement, par injections sous-cutanées, deltoïdiennes, de pollens, en choisissant

sant celui auquel le malade réagit le plus violemment. Ces injections sont pratiquées de 4 à 7 jours d'intervalle, huit à dix semaines avant la date d'apparition habituelle des crises. On admet une guérison complète dans 30 % des cas, pratiquement complète dans 40 %, une diminution de moitié des phénomènes dans 20 %, un échec dans 10 % des cas.

Le traitement doit être renouvelé chaque année, bien qu'à la longue les symptômes semblent s'atténuer.

Non spécifique : Le changement de climat, le séjour en chambre à air conditionné préfiltré, les thérapeutiques de schock, les vaso-constricteurs, la cocaïne, l'adrénaline, l'éphédrine, etc., ont été utilisés. Nous remplirions plusieurs pages rien qu'à énumérer ces tentatives, et aussi les échecs...

Le *traitement intranasal* est absolument sans effet. Toutes les méthodes d'inhalation ont été tentées, mais l'action reste dans la plupart des cas « immédiate », et, comme l'écrit Howard, il faudrait « que le malade vive avec son vaporisateur dans les narines pendant les quelques semaines que dure l'accès pour que l'on puisse accorder à cette thérapeutique un semblant d'efficacité ».

On a tenté une cautérisation électrique ou chimique de la muqueuse nasale, soit au niveau des cornets, soit au niveau du cavum. Le résultat a été une amélioration passagère de deux ou trois jours, suivie d'une recrudescence des phénomènes congestifs, non seulement sur la muqueuse nasale, mais aussi sur les autres appareils.

En résumé, la crise nasale pollinique n'est pas du domaine des rhinologistes, mais mérite d'être connue d'eux, simplement pour qu'ils connaissent l'impuissance dans laquelle ils se trouvent de la combattre.

LES CRISES NASALES VASO-MOTRICES ASPECIFIQUES ET APERIODIQUES

Le rhume des foins, nous l'avons vu, comporte des crises saisonnières, à cause spécifique. Les crises vasomotrices nasales éclatent à n'importe quel moment de l'année, et les facteurs provocateurs de la crise de coryza spasmodique sont multiples et banals.

LE TERRAIN : joue un rôle particulièrement important. L'hérédité est presque toujours similaire, apparaissant chez les garçons avant la puberté, chez les filles après celle-ci. La race joue un rôle, car il semble exister une prédominance dans les races Indoue, Sémitique, et chez les Boers ou les descendants directs des colons de l'Afrique du Sud.

La femme est plus souvent frappée, et la période menstruelle semble favoriser les accès. D'autre part, et bien qu'on connaisse des cas atteignant des ouvriers et des campagnards, le coryza spasmodique atteint de préférence les citadins, et surtout les intellectuels.

LES ALLERGÈNES : ne semblent jouer qu'un rôle restreint. Ils sont rarement spécifiques, et dans ce cas, le malade s'en rend généralement compte. Ils peuvent

agir aussi bien par inhalation que par *ingestion* (chocolat, œufs, etc.). Quand ils sont aspécifiques, leur recherche est extrêmement complexe, portant sur toute une série de protéines. Non seulement sur les objets environnant le malade, mais sur ceux faisant l'objet de son alimentation, ou encore sur des régimes d'essai. La démonstration directe d'un allergène est souvent impossible, et c'est le hasard qui le fait découvrir. Nous connaissons des cas dans lesquels on a trouvé :

1) Une allergie à la salade de laitue, et à aucune autre salade (Morhardt).

2) Une allergie à un complet, dans lequel le rembourrage était fait à l'aide de crins de cheval (Brun).

3) Une allergie à un matelas d'hôtel, fait de laine insuffisamment cardée (Gouverneur).

4) Une allergie aux oranges, assez intense pour que la malade ait une crise en passant devant un marchand dont la boutique était ouverte (Schaumann).

5) Une allergie aux pommes de terre *nouvelles*, les vieilles pommes de terre ne provoquant aucune manifestation (Grand).

Toutefois il existe une allergie par infection, dans laquelle peut être mis en cause le streptocoque hémolytique, une infection focale d'origine dentaire ou amygdalienne, sinon naso-pharyngienne. Les Américains, très férus de ce point de vue, ont souvent tenté l'ablation des végétations adénoïdes pour améliorer le syndrome, et y sont parvenus momentanément, par *schock opératoire*, mais la répétition des accidents n'était interrompue que pendant quelques semaines, sinon quelques jours.

Par contre, l'allergie aux variations de la thermorégulation est facilement discernable, certains malades réagissant au chaud, au froid, à un simple changement brusque de la température, à l'hyperthermie provoquée par l'effort.

Enfin nous connaissons l'allergie émotive, de cause purement psychique, qui peut se transformer en allergie à l'effort intellectuel, dûe probablement à une auto-colloïdoclasie sans intervention d'un allergène extérieur, mais qui n'apparaît que chez des sujets prédisposés, à constitution névropathique.

L'ÉPINE IRRITATIVE NASALE OU DE SENSIBILISATION LOCALE

La constatation de cette épine irritative est fréquemment impossible, parce que simplement fonctionnelle :

Si l'épine est d'origine anatomique, on constate généralement un polype solitaire, petit, mobile, flottant, à la partie antérieure du méat moyen.

Rarement, aussi, on note une déviation haute de la cloison, ou bien une crête venant au contact du cornet moyen et créant une zone d'hyper-sensibilité.

Si l'épine est d'ordre physiologique, on constate en pleine crise une hyperesthésie de toute la muqueuse nasale. Mais en dehors de la crise, la sensibilité reste normale. Cependant un examen plus approfondi permettra parfois de mettre en évidence des zones localisées d'hyperesthésie et d'hyper-réflexivité, surtout au niveau de la tête du cornet inférieur, ou de la tête

du cornet moyen et du tubercule de la cloison, enfin au-dessus de la queue du cornet inférieur (Hautant).

On peut provoquer, à l'examen, l'excitation de ces zones, par le contact avec le porte-coton garni d'ouate, par une sonde nasale, ou mieux par le chatouillement produit par un fil de lin enroulé autour d'un nasostyle, et dépassant de cet instrument de 3 à 4 millimètres. Le larmolement constaté, ou, à un degré plus élevé, l'éternuement, la toux, la rougeur de l'aile du nez et de la pommette, un réflexe naso-facial, permet de localiser la zone hypersensible, et d'en préconiser la cautérisation.

LE TABLEAU CLINIQUE

Est à peu près semblable à celui du rhume des foins, mais comporte des signes accessoires, tels que le picotement des yeux, l'injection de la caroncule lacrymale, le larmolement. Toutefois les symptômes restent plus localisés au niveau des fosses nasales. Les muqueuses buccale et pharyngienne semblent exemptes des brûlures constatées dans le rhume des foins.

L'allure paroxystique est également moins nette. Pas de grandes crises, la sensation d'épuisement, l'asthénie, la dysphagie sont généralement absentes.

On constate rarement l'apparition de l'asthme bronchique à la fin des crises. Cependant, il peut alterner avec les crises vaso-motrices ou même les remplacer.

On connaît des formes atténuées dans lesquelles prédomine un symptôme, soit par obstruction nasale isolée, soit par hydropnée nasale, soit par éternuements en salves, ces symptômes pouvant être solitaires ou simplement prédominants.

Pendant la crise, la muqueuse nasale est turgescente, le cornet touche la cloison. Il ne résiste pas au stylet, est « mou ». La muqueuse est soit blanchâtre, soit violacée ou gris bleuâtre.

Toutefois, en dehors des crises, on ne trouve rien d'anormal au niveau des fosses nasales.

Mais cette constatation cède à un examen attentif, car en réalité on pourrait déceler des troubles légers, mais réels : au niveau de la tête des cornets inférieur et moyen, il y a des flammèches blanchâtres, qui ne sont que les traces de la vaso-constriction locale permanente. Lorsque l'on a adrénalisé la muqueuse, le trajet d'une raie faite par un stylet, au lieu d'apparaître blanche et exsangue, se traduit par un trait rouge, qui manifeste la labilité des vaso-constricteurs. Ces lésions s'accroissent au fur et à mesure que l'affection se prolonge. On peut constater des zones d'œdème chronique et de rhinite hypertrophique, le long du bord libre du cornet inférieur, au niveau de sa queue, à la hauteur de la tête du cornet moyen.

Or, ce que nous venons de décrire ne représente que la forme purement nasale de la rhinite vasomotrice aspécifique apériodique. Il est cependant des crises nasales vasomotrices intriquées, qui, elles aussi, méritent une étude séparée.

LES CRISES VASO-MOTRICES INTRIQUEES

Nous assistons parfois à l'association de manifestations allergiques et vaso-motrices intriquées, ou plutôt de manifestations allergiques et de troubles inflammatoires associés. La première manifestation de ces malades est celle d'une infection nasale chronique, banale et atténuée. L'obstruction nasale très marquée, est disproportionnée avec l'état anatomique, la gêne respiratoire, particulièrement inspiratoire, s'étendant en arrière du sternum, au niveau de la trachée et des grosses bronches. Les méthodes de désinfection nasale ne donnent aucun résultat, car il existe, en dehors du facteur nasal, un élément allergique qui, en réalité, n'est pas venu se greffer sur le fait de rhinite chronique, mais qui a été l'élément causal, bien qu'il ne puisse être décelé, ou « repéré ». L'infection secondaire qu'il a provoquée, bien que légère, le masque.

Les fosses nasales offrent un tableau caractéristique : la muqueuse est tuméfiée et rouge, comme dans les rhinites légères. Il existe dans le méat moyen des lésions d'ethmoïdite hyperplasique sous forme de

bourrelets muqueux, mamelonnés, fermes. La sécrétion nasale, peu abondante, est muco-purulente, rarement purulente franche. L'examen diaphanoscopique met en évidence une légère obscurité des sinus maxillaires, alors que la radiographie ne donne que des renseignements quant à la variabilité de leur forme et surtout de leur dimension, qui est en fonction de l'œdématisation de leur muqueuse. Les muqueuses pharyngienne, laryngée et trachéale sont congestionnées et tapissées d'un mucus translucide. La ponction des sinus maxillaires ramène parfois un peu de mucus floconneux, puis peut se trouver négative pendant un certain temps. Elle ne révèle en quelque sorte qu'une sorte de sinusite maxillaire à évolution lente.

Les malades manifestent surtout, pendant la nuit, une gêne respiratoire, nasale et trachéale, pseudo-asthmatique, avec sifflement respiratoire « interne », mieux entendu par le malade que par l'observateur, et entraînant celui-là à « râcler » son arbre respiratoire.

Quelle part l'allergie tient-elle dans ces crises intriquées, et quels sont les éléments qui peuvent la faire soupçonner ?

Ces malades sont presque tous porteurs d'un passé pathologique à forme de diathèse exsudative, infections naso-trachéales, poussées d'eczéma, gastro-entérites, entéro-colites, etc. L'hérédité neuro-arthritique peut souvent être retrouvée.

Il n'y a pas de rémission totale entre les crises na-

sales paroxystiques, mais un syndrome atténué chronique. Malgré cette chronicité, ces malades ne sont pas contagieux, comme ceux qui sont atteints de rhinite infectieuse ou aiguë banale.

Le mucus ou le liquide de sécrétion montre souvent la présence d'éosinophiles (75 % des cas). Les coryzas aigus purulents ne donnent que des polynucléaires. Le coryza banal ne donne des éosinophiles que dans 6 à 7 % des cas.

Les tests cutanés sont positifs dans environ 65 % des cas.

Le test de guérison par l'adrénaline ou l'éphédrine est positif.

Chez les enfants, cette part de l'allergie est plus facilement encore mise en valeur, et presque toujours les allergènes sont d'origine alimentaire. Ils sont à la base de la plupart des rhinites, sinusites, adénoïdites, laryngo-bronchites trainantes constatées chez des enfants ayant déjà présenté des accidents d'eczéma, d'entéro-colite, ou de gastro-entérite.

L'examen rhinologique chez ces enfants démontre souvent la présence d'une épine irritative de localisation nasale : une déviation haute de la cloison, ou une crête venant au contact du cornet moyen et créant une zone d'hypersensibilité, ainsi que nous l'avons déjà vu.

Enfin, chez presque tous ces malades, nous pouvons, soit dans l'intervalle des crises, soit après qu'elles semblent avoir rétrocedé à une thérapeutique quelconque, voir apparaître des *phénomènes équiva-*

lents, soit des phénomènes apparentés à ces rhinites vaso-motrices pures ou intriquées.

On constatera par exemple la *toux paroxystique prolongée*, sèche et épuisante, durant des heures et en particulier la nuit, provoquée par des irritations minimales, simple changement de température, passage de la position debout à la position couchée, ou, au contraire, être *orthostatique*.

Les points de départ probables de ces *toux paroxystiques* résident dans le carrefour ethmoïdo-sphénoïdal, dans les gouttières latérales pharyngées, dans l'espace inter-ary-ténoïdien, sur l'éperon trachéal. Il est rare que les granulations pharyngiennes ne soient pas irritées. Cette irritation peut se porter sur la trachée et les grosses bronches, déterminant alors une trachéo-bronchite spasmodique.

Les irritations locales nasales peuvent provoquer, par l'intermédiaire de réactions vaso-motrices labyrinthiques, réactions réflexes, des crises de vertige. Ces vertiges peuvent s'accompagner de céphalée en casque ou hémicrânienne.

Du côté du tractus digestif, on connaît bien maintenant les colites et entérocolites muco-membraneuses d'origine allergique. D'autre part, certaines ptoses gastriques, certaines dilatations atoniques qui sont à la base des vomissements graves de la grossesse, sont des manifestations de l'allergie, qui peuvent accompagner, précéder ou suivre l'allergie nasale. Ces manifestations peuvent alterner avec les coryzas allergiques, ou les remplacer définitivement, après guérison de la manifestation nasale.

Enfin, tout le groupe des affections allergiques peut de même s'intriquer dans le syndrome nasal, le suivre, le précéder, alterner avec lui, ou le remplacer après disparition du phénomène nasal. Nous ne faisons que les rappeler : la migraine sine materia, l'urticaire, l'œdème de Quincke, simple ou pseudo-ecchymotique, les asthmes, accompagnés ou non d'un syndrome de Löffler, ombres radiologiques fugaces, avec éosinophilie, dont la pathogénie semble encore bien mal définie, mais constituant, surtout chez l'enfant, l'un des signes les plus curieux de l'allergie pulmonaire, permettant de songer à des phénomènes allergiques dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant.

MANIFESTATIONS « PROJETEES » DE L'ALLERGIE NASALE

Nous ne voulons ici qu'effleurer un sujet qui a prêté à controverses retentissantes, et surtout à une propagande para-médicale indigne de la profession que nous embrassons. Nous voulons parler de la réflexothérapie endonasale, issue des travaux sincères de Bonnier. Cet auteur avait constaté que certaines manifestations fort variées cédaient à une thérapeutique consistant en attouchements ou cautérisations de la muqueuse nasale, si riche en filets sensitifs, et surtout de filets du trijumeau et du sympathique. Une excitation locale portant sur ces filets amenait la sédation de nombreux phénomènes n'ayant en soi aucun rapport avec la zone nasale. On a élargi le champ de cette thérapeutique et on a voulu faire de la « sympathicothérapie » ou « réflexothérapie endonasale » ou « centrothérapie », la panacée universelle.

Nous ne nions nullement les résultats que l'on est en droit d'en espérer. Nous nions uniquement la généralisation positive de cette thérapeutique.

De très nombreuses névralgies peuvent ainsi être combattues, surtout celles dont le point de départ serait situé au niveau du carrefour ethmoïdo-sphénoïdal. Leur retentissement peut porter sur les zones sus-orbitaires, temporales, otitique, et même dans la nuque et le bras.

Certaines dysménorrhées peuvent également être améliorées par des pulvérisations anesthésiantes intra-nasales, ou la cautérisation de la tête d'un cornet. Il existerait une névrose cardio-vasculaire, à point de départ nasal, s'accompagnant de palpitations, d'angoisses et de vertiges. Une thérapeutique endonasale pourrait améliorer cette névrose, de même qu'une cautérisation nasale peut améliorer l'exophthalmie de certains Basedows, et ralentir le cours de cette maladie, pendant quelques jours ou quelques semaines.

Enfin, du côté oculaire, les « yeux qui pleurent » peuvent être guéris par une thérapeutique endonasale, ainsi que certains troubles de la tension oculaire, quelques troubles, surtout juvéniles, de l'accommodation, et l'amblyopie.

Mais nous rappelons qu'il s'agit là d'une thérapeutique dont les fondements physiologiques sont bien établis, mais dont l'application est purement empirique, bien que certains auteurs aient publié des atlas permettant de connaître à coup sûr, où pratiquer les « touches » pour guérir infailliblement toutes les affections qui peuvent frapper l'humanité.

LES THERAPEUTIQUES. DE L'ALLERGIE NASALE

Nous ne pouvons ici que nous livrer à une énumération des thérapeutiques diverses dirigées contre les divers phénomènes que nous venons de passer en revue.

CONTRE LA CRISE NASALE POLLINIQUE :

Nous les avons examinées au chapitre que nous avons consacré au rhume des foins, et ne revenons sur ce sujet que pour rappeler leur générale inefficacité.

CONTRE LES CORYZAS VASO-MOTEURS :

On peut traiter les *symptômes* par l'éphédrine et l'adrénaline en spray. L'association atropine et strychnine permet de tarir la sécrétion nasale. La belladone lutte contre la crise d'asthme. Le gardénal et le luminal sont classiques. Doivent être proscrits : la morphine, l'aspirine, l'antipyrine, dont l'action sur la cellule hépatique risque d'être néfaste à ces malades (Hautant).

On peut tenter de modifier le *terrain*, par l'iode ou

l'arsenic sous toutes leurs formes. Des régimes alimentaires stricts ou simplement « de lenteur masticatoire » ont été essayés. Les opothérapies et hormonothérapies les plus diverses comptent des succès... et beaucoup d'échecs. L'homéopathie recommande le *thyrium*. La radiothérapie générale ou localisée au corps thyroïde ou à la rate guérissent parfois le syndrome pour un temps. Les ultra-violets de même. La diathermie sur les fosses nasales est à rejeter, car elle risque d'aggraver les symptômes. Toutes les cures thermales possibles ont été essayées, avec des fortunes diverses selon les cas : Mont-Dore, Saint-Honoré-les-Bains, Cauterets, Luchon, La Bourboule...

Contre les *allergènes*, les échecs sont aussi fréquents que dans l'urticaire, ou les autres affections allergiques : désensibilisation pré-prandiale à la Besredka, suppression de l'allergène (quand on le connaît) (?), peptonothérapie aspécifique par les peptones de Whittle, autohémothérapie, autosérothérapie, histaminothérapie, etc...

Contre l'*épine nasale* : Interventions *économiques* et *prudentes* pour lutter contre la polyposé, les lésions d'ethmoïdite hyperplasique, d'hypertrophie de la queue du cornet inférieur. Intervention dans les cas de crête ou de déviation haute de la cloison. Co-caïnisation préalable, puis glycérine au tanin sur toute la muqueuse nasale, ou solution aqueuse d'acide chromique à 1/10^e sur les zones d'hyperesthésie, ou liquide de Bonain au-dessus de la queue du cornet inférieur.

Les interventions sur les nerfs des fosses nasales sont aujourd'hui abandonnées : résection du nerf ethmoïdal antérieur, alcoolisation du ganglion sphéno-palatinal. Cette dernière méthode toutefois a encore ses défenseurs, mais surtout dans les cas de névralgie faciale.

Enfin, certains thérapeutes n'hésitent pas à associer les diverses thérapeutiques ci-dessus, et sont parfois parvenus à atténuer le syndrome. Mais les échecs sont en aussi grand nombre que les succès.

Quant à la réflexothérapie endo-nasale, il ne peut être question ni de la rejeter à priori, ni de la préconiser aveuglément, dans tous les cas sans discrimination. Mais quand toutes les thérapeutiques ont échoué, ou qu'elles n'ont pas apporté la sédation totale des phénomènes, on se doit de la tenter, car elle est absolument sans danger, et elle peut apporter la guérison là où celle-ci est la plus inattendue. Elle peut être pratiquée avec ou sans cocaïnisation préalable, par simple « touche » nasale, par cautérisation de la muqueuse (Weissmann Netter), au stylet sec, ou au porte-coton, imbibé d'un peu de liquide de Boin.

Mais nous devons nous souvenir que l'une des manifestations de l'allergie nasale une fois guérie, il n'en reste pas moins un état d'allergie générale, directement sous la dépendance du terrain. La tâche du rhinologue est terminée, mais celle de l'immunologue commence, qui ne sera ni moins longue, ni moins ardue, ni moins décevante que celle que nous venons d'examiner.

CONCLUSIONS

I. Les manifestations nasales de l'allergie générale ou locale se caractérisent par la triade : éternuements, hydorrhée, démangeaisons.

II. Cette allergie nasale est sous la dépendance du terrain, de l'intervention des allergènes, de la sensibilisation nasale proprement dite.

III. Ces manifestations se caractérisent cliniquement sous la forme des trois syndromes types : la crise nasale pollinique, les crises nasales vaso-motrices aspécifiques et apériodiques, les manifestations à distance.

IV. Elles peuvent être remplacées, précédées, suivies d'équivalents, qui peuvent également alterner avec les manifestations proprement dites de l'allergie nasale. Les équivalents consistent en toux paroxystiques, en céphalées, en vertiges, en troubles gastro-intestinaux dont la colite ulcéro-membraneuse est un des principaux, la migraine, l'urticaire, l'eczéma, l'asthme et l'œdème de Quincke.

V. Les thérapeutiques endo-nasales sont très étroitement limitées. La réflexothérapie n'est qu'un pis aller. La véritable thérapeutique de fond réside dans la modification du terrain, mais cette thérapeutique est longue, délicate, décevante.

VI. La recherche des allergènes est parfois possible. Mais dans la plupart des cas les malades sont pluri-sensibilisés et la suppression de l'allergène est impraticable.

Vu: le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AMSLER R. — *Société des Médecins de Sanatorium*, juillet 1934.
- BAUM H. L. — *Annales d'Oto-Rhino-Laryngologie*, juin 1935.
- CAMERM J. A. M. — *J. Laryng. et Otol.*, july 1935.
- COWIE D. M. et JIMENEZ B. — *Archives Internal Medicine*, Janvier 1936.
- CRAFT. — *J. Indiana M. A.* 28, March. 1935.
- DUKE W. W. — *Arch. Oto-Laryng.*, novembre 1934 et novembre 1935.
- FORMAN J. — *Arch. Oto-Laryng.*, March. 1934.
- GERNEZ Ch. — *L'Echo Médical du Nord*, 31 mars 1935.
- HANSEL F. K. — *J. Allergy*, janvier 1936.
- HAUTANT. — *Revue Médicale Française*, octobre 1936.
- JAY H. M. — *Brit. M. J.*, 2 novembre 1935.
- JOLTRAIN. — *Fiches Médicales Namain*, avril 1937.
- KELLY D. B. — *J. Laryng. Otol.*, 50, June 1935.
- KERN R. A. et SCHENCK H. P. — *Tr. Sect. Laryng. Oto-Rhino A. M. A.*, 1934.

PASTEUR VALLERY-RADOT, MAURIC G., GIROUD P. et
Mme HUGO A. — *C. R. Société de Biologie*, avril 1932.

RICCITELLI E. — *Rev. As. Med. Argent.*, avril 1935.

ROESSLE R. — *Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 15, 15
avril 1933.

RUSTEN. — *Journal Lancet*, 15 mai 1935.

SHEA J. J. — *J. Arkansas M. Soc.*, septembre-octobre
1934.

WATKINS. — *M. J. Australia*, 22 décembre 1934.
